**FORMULARZ KONSULTACJI**

**„Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2011-2016**

**(Projekt)”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Aktualny zapis program** | **Proponowane zmiany** | **Uzasadnienie** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Dane uczestnika konsultacji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Adres podmiotu** |  |
| **Cele statutowe podmiotu** |  |
| **Numer telefonu/adres e-mail podmiotu** |  |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktu**  |  |
| **Numer telefonu, mail** |  |

Uwaga:

Wypełnione formularze należy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do
**18 listopada 2011r** (liczy się data wpływu do Urzędu ) pocztą, faksem lub mailem na adres :

**Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego**

**Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej**

**Al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

z dopiskiem „***KONSULTACJE PROGRAMU WPPPwR***”

Fax: **344 30 94**

e-mail: **lub** pawel.gratka@sejmik.kielce.pl